



## DONACIÓN DE ÓVULOS/OVOCITOS A OTRA MUJER (RECEPTORA)



## DONACIÓN DE ÓVULOS/OVOCITOS A OTRA MUJER

La donación de ovocitos puede ser realizada a parejas heterosexuales en que, la mujer no tiene ovarios o sus ovarios no tienen ovocitos. Con frecuencia, esta condición es debida a razones genéticas, quirúrgicas o por radioterapia en tratamientos de cáncer. La donación de ovocitos también se realiza a mujeres con falla ovárica prematura (menopausia precoz), es decir, mujeres que nacieron con un número menor de ovocitos y por ello su menopausia es prematura. También la donación de ovocitos está indicada en mujeres portadoras de enfermedades graves ligadas a cromosomas o a genes posibles de ser indicada en la actualidad. El uso de ovocitos de otra persona evita la transmisión de enfermedades graves en la descendencia.

El procedimiento para para obtener los ovocitos es el siguiente:

### **Métodos de estimulación ovárica**

La estimulación hormonal consta de dos etapas. La primera consiste en bloquear las descargas de LH de la hipófisis de la mujer. Esto se logra con inyecciones subcutáneas diarias de agonistas y/o antagonistas de factores hipotalámicos (GnRH). También puede usarse en inyecciones de depósito o inhaladores. Una vez bloqueada la hipófisis de la mujer, se inicia la segunda etapa que consiste en estimular hormonalmente los ovarios de la mujer. Las drogas más usadas para la estimulación de la ovulación, son una combinación de las hormonas con que la hipófisis normalmente estimula al ovario. Estas son: la hormona Folículo Estimulante (FSH) y la hormona Lutinaizante (LH), llamadas genéricamente HMG. También se cuenta con FSH pura lograda mediante tecnología de DNA recombinante. Dependiendo del caso, en algunas oportunidades se usa una combinación de anti-estrógenos (citrato de clomifeno) en asociación con HMG.

A veces los medicamentos usados pueden provocar algún efecto secundario leve como dolor de cabeza, cambios en el estado de ánimo, inflamación abdominal, aumento gradual de peso. Sin embargo, si se llegara a presentar síntomas como visión borrosa, dolor de cabeza intenso o aumento acelerado de peso es indispensable informar a su médico.

La estimulación de la ovulación dura en promedio entre 10 y 12 días. Durante este período y para evaluar el crecimiento y desarrollo de los folículos, se hace un seguimiento ecográfico. Esto consta de 3 a 4 ecografías transvaginales y se toman algunas muestras de sangre (no se requiere ayuno) para medir el nivel de estradiol (hormona producida por el folículo) el que aumenta a medida que los folículos crecen.

Cuando la mayoría de los folículos ha alcanzado un tamaño promedio de 18 a 20 mm, se inyecta una hormona llamada HCG que es la hormona encargada de terminar la maduración folicular. Alrededor de 36 horas post-HCG se programa la aspiración folicular.

### **Aspiración Folicular**

La aspiración folicular es un procedimiento que tiene por objeto extraer los ovocitos del interior de los folículos. Se realiza mediante la punción del ovario con una aguja que se introduce a través de la vagina y guiada al interior de los folículos mediante visualización ecográfica. Este es un procedimiento

ambulatorio que requiere de anestesia local y a veces general dependiendo de la paciente y de la localización topográfica de los ovarios.

La paciente debe venir acompañada y en ayunas (al menos de 6 horas) una hora antes del procedimiento. La aspiración folicular demora aproximadamente 30 minutos, después de lo cual la paciente reposa en una sala de recuperación por un plazo variable que dependerá de los requerimientos que hubo de la sedación.

Después de la aspiración folicular, se puede presentar un pequeño dolor abdominal que cede con el uso de analgésicos y desaparece en el transcurso del día. También puede haber sangrado vaginal. Sin embargo, si se presenta fiebre, dolor agudo o sangrado excesivo, debe informarse al médico de inmediato.

Existen dos maneras de donar ovocitos:

#### **A. DONACIÓN ANÓNIMA**

1. Mujeres que están participando en un programa de reproducción asistida, con menos de 36 años, y como consecuencia de la estimulación ovárica, producen más ovocitos de los que ellas pueden o desean usar. Estas mujeres pueden optar por donar los ovocitos remanentes y se comprometen a que jamás conocerán o intentarán identificar a la receptora. Tampoco tendrán información del devenir de los ovocitos donados. Es decir, si al fecundarlos y transferir los embriones a la receptora, esta logró un embarazo. El anónimo también queda establecido para la receptora, quien a través de un documento escrito se compromete a no tener acceso ni a buscar la identidad de la donante.
2. Mujeres que sin tener necesariamente problemas de fecundidad, desean donar ovocitos, ya sea en forma altruística o comercial. Estas mujeres son sometidas a los mismos procedimientos de estimulación hormonal y aspiración folicular de una mujer que está siendo tratada para la reproducción asistida. La mujeres que optan por esta alternativa, lo hacen en forma anónima, debiendo resguardar el anonimato.

En cualesquiera de estas condiciones, la información es conservada en forma confidencial por el centro donde se efectúa el tratamiento.

#### **B. DONACIÓN ABIERTA O CONOCIDA**

A diferencia de la condición anterior, la donante y receptora se conocen y son ellas las que se establecen su relación posterior. Habitualmente en esta modalidad, la donante y la receptora tienen vínculos familiares o de amistad. Aún así es altamente recomendable que se asesoren por profesionales de la salud mental y por personal que les otorgue asesoría legal.

Los ovocitos donados son inseminados con los espermatozoides del marido y/o pareja de la paciente.

**PARA SER FIRMADO POR LA DONANTE**

N° Historia \_\_\_\_\_

O cédula de identidad: \_\_\_\_\_

He leído este informativo y he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas con relación al tratamiento.

Entiendo que este consentimiento sólo es válido para un ciclo de tratamiento y accedo a:

- Donar la totalidad de los ovocitos que se recuperen de mis ovarios para ser utilizados en otra mujer. Ello será en forma anónima.

\_\_\_\_\_

Nombre

Firma

\_\_\_\_\_

(Ciudad y fecha)

**CERTIFICACIÓN MÉDICA**

Certifico que antes del inicio del tratamiento previo a que el paciente firme este documento:

1. Yo, o alguno de los miembros del equipo ha entregado información sobre la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios así como las alternativas al tratamiento propuesto.
2. Me he juntado con la paciente para discutir la información, le he dado la oportunidad de preguntar y he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas.

Creo que la paciente ha entendido completamente, lo que le he explicado y ha consentido en realizar el tratamiento propuesto.

\_\_\_\_\_

Nombre

Firma

\_\_\_\_\_

(Ciudad y fecha)